O POSITIVA SALUD INTEGRAL TULUA SAS
Nit: 900.992.619-9

Dirección: CRA 37 25 31
Cel: 317 749 7294 Tel: 2 343 343
Correo: prestadoraopositiva@gmail.com
Web: www.opositivasaludintegral.net
Tulua valle del cauca

Cr 4 # 11-70 barrio el centro
Cel: 3114068656 - Tel: 2343343
Correo: opositivaandalucia@gmail.com
Web: www.opositivasaludintegral.net
Andalucia -valle del cauca



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 9.388

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
12 DÍA	09 MES	2023 AÑO	TULUÁ (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

SENA	SENA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

OSSA SANCHEZ FRANCISCO ADRIAN	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	39 AÑOS 5 MESES 1 DÍAS	CC	6446476
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INGENIERO DE SISTEMAS

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO

Observaciones: *EXAMEN MEDICO LABORAL FAVORABLE SIN RESTRICCION PARA DESEMPEÑAR LA LABOR ASIGNADA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

CUADRO HEMÁTICO	✓	EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL	✓
GLICEMIA	✓	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	✓
PERFIL LIPÍDICO	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
		CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN MEDICO LABORAL ENFASIS MUSCULO ESQUELETICO, CASRDIOVASCULAR Y PSICOSOCIAL FAVORABLE SIN RESTRICCION PARA DESEMPEÑAR LA LABOR ASIGNADA.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: Miguel Ángel Valencia Caicedo
Esp. Médico Ocupacional
C.C. 1.116.261.066

Nombre: VALENCIA CAICEDO MIGUEL ANGEL

R. M.: 1116261066 **L.S.O.:** 1116261066

Código de Seguridad
K1132Q1W9388

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: OSSA SANCHEZ FRANCISCO ADRIAN

CC: 6446476



O POSITIVA SALUD INTEGRAL TULUA SAS
Nit: 900.992.619-9

Dirección: CRA 37 25 31
Cel: 317 749 7294 Tel: 2 343 343
Correo: prestadoraopositiva@gmail.com
Web: www.opositivasaludintegral.net
Tulua valle del cauca

Cr 4 # 11-70 barrio el centro
Cel: 3114068656 - Tel: 2343343
Correo: opositivaandalucia@gmail.com
Web: www.opositivasaludintegral.net
Andalucia -valle del cauca



EXAMEN DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 1,348

Fecha: 12/09/2023 **Municipio:** TULUÁ (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) **CC:** 6446476 **Nombre:** OSSA SANCHEZ FRANCISCO ADRIAN **Edad:** 39 AÑOS 5
Genero: MASCULINO **Profesión o Cargo:** INGENIERO DE SISTEMAS **Empresa:** SENA
Eps: **Tipo Evaluación Medica:** EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **F. Último Examen:** 03/06/2020
Lugar del Último Examen: TULUA **Motivo Consulta:** PARA EXAMEN DE INGRESO LABORAL

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	SI
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	MIOPIA
USA ANTEOJOS	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	N/A	N/A	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	N/A	N/A	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	N/A	N/A	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **NO REVISADO**

OJO IZQUIERDO: **NO REVISADO**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**

VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: **K´ =**

OJO DERECHO: **K´ =**

REFRACCIÓN

OJO DERECHO: **NO REVISADO** AV VL 20/

OJO IZQUIERDO: **NO REVISADO** AV VL 20/

RX FINAL

OJO IZQUIERDO: **NO REVISADO** AV VL 20/ AV VP 20/ ADD

OJO DERECHO: **NO REVISADO** AV VL 20/ AV VP 20/ ADD

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H526	OTROS TRASTORNOS DE LA REFRACCION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

EXAMEN VISUAL CON ALTERACIONES, SE RECOMIENDA VALORACION PARA RX PERMANENTES EN ACTIVIDADES LABORALES, CONTROL EN UN AÑO, SIN RESTRICCIONES PARA LABORAR

OPTOMETRA



Firma:

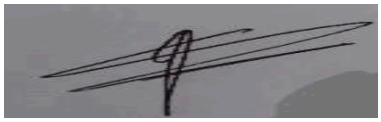
Nombre: LORZA LOPEZ MAYRA ALEJANDRA

R. M.: 1088021460 **L.S.O.:**

Código de Seguridad

Y1132E3K1348

PACIENTE



Firma:

Nombre: OSSA SANCHEZ FRANCISCO ADRIAN

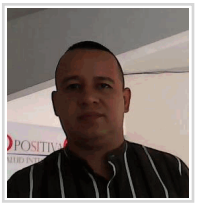
CC: 6446476

O POSITIVA SALUD INTEGRAL TULUA SAS
Nit: 900.992.619-9

Dirección: CRA 37 25 31
Cel: 317 749 7294 Tel: 2 343 343
Correo: prestadoraopositiva@gmail.com
Web: www.opositivasaludintegral.net
Tulua valle del cauca

Cr 4 # 11-70 barrio el centro
Cel: 3114068656 - Tel: 2343343
Correo: opositivaandalucia@gmail.com
Web: www.opositivasaludintegral.net
Andalucia -valle del cauca

Código de Seguridad
U1132A33G14476



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 14476

Municipio: ANDALUCÍA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** martes, 12 de septiembre de 2023 08:39:54 a.m.

Nombres y Apellidos: OSSA SANCHEZ FRANCISCO ADRIAN **CC:** 6446476 **Género:** MASCULINO

F. Nacimiento: 11/04/1984 **Edad:** 39 AÑOS 5 MESES 1 DÍAS **Entidad:** SENA

RESULTADOS DEL LABORATORIO

HEMATOLOGÍA

GLICEMIA

GLUCOSA	83.5	EN AYUNO	Valor de referencia 70 a 100 mg/dL
GLUCOSA 2 H DESPUES DE COMER			Valor de referencia 70 a 140 mg/Dl

Paola Andrea De La Rosa Bobadilla
Bacteriólogo(a) RP: 7608-30

CUADRO HEMÁTICO

			VALOR DE REFERENCIA
WBC	6.1	10*3/UL	
LYmph #	2.2	10*3/UL	
Mid#	0.4	10*3/UL	
Gran#	3.5	10*3/UL	
Lymph%	35.3	%	20-45%
Mid%	7.4	%	
Gran%	57.3	%	40-75%
RBC	4.72	10*6/UL	
HGB	15.0	g/Dl	13-16g/dL
HCT	47.1	%	38-50%
MCV	99.8	FL	80-100ml
MCH	31.8	pg	27-33pgr
MCHC	31.8	g/dL	26-34pg
RDW-CV	13.8	%	
RDW-SD	45.1	FL	
PLT	280	10*3/UL	150-400mm3
MPV	8.6	FL	
PDW	15.3		
PCT	0.241	%	
P-LCC	72	10*G/L	
P-LCR	25.6	%	

Paola Andrea De La Rosa Bobadilla
Bacteriólogo(a) RP: 7608-30

QUÍMICA

PERFIL LIPÍDICO

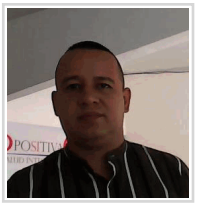
PERFIL LIPIDICO		Valor de referencia
TRIGLICERIDOS	311	Menor a 150 mg/dl
COLESTEROL TOTAL	215	Menor a 200mg/dl
LDL	103.2	Menor a 100mg/Dl
HDL	49.6	Menor a 40 mg/Dl
VLDL	62.2	2-30mg/dl

O POSITIVA SALUD INTEGRAL TULUA SAS
Nit: 900.992.619-9

Dirección: CRA 37 25 31
Cel: 317 749 7294 Tel: 2 343 343
Correo: prestadoraopositiva@gmail.com
Web: www.opositivasaludintegral.net
Tulua valle del cauca

Cr 4 # 11-70 barrio el centro
Cel: 3114068656 - Tel: 2343343
Correo: opositivaandalucia@gmail.com
Web: www.opositivasaludintegral.net
Andalucia -valle del cauca

Código de Seguridad
U1132A33G14476



DATOS PERSONALES

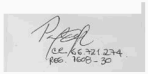
Orden de Servicio N°: 14476

Municipio: ANDALUCÍA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** martes, 12 de septiembre de 2023 08:39:54 a.m.

Nombres y Apellidos: OSSA SANCHEZ FRANCISCO ADRIAN **CC:** 6446476 **Género:** MASCULINO

F. Nacimiento: 11/04/1984 **Edad:** 39 AÑOS 5 MESES 1 DÍAS **Entidad:** SENA

Bacteriólogo(a) RP: 7608-30



JOINER NIÑO VASQUEZ
FONOAUDIOLOGO ESPECIALISTA EN AUDIOLOGIA

FECHA: 2 DE FEBRERO DEL 2024

1.- IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre y Apellidos: FRANCISCO ADRIAN OSSA SANCHEZ. Sexo: M

Fecha de Nacimiento: 11/Abril/ 1984. **Edad**: 39 años. **Dirección**: Calle 39#24-40 Barrio Fátima. **Teléfono:** 3156992605

2.- ANTECEDENTES OTOLÓGICOS:

Acúfenos o Tinnitus Si ____No __**X**__ *Vértigo* Si ____No __**X**__ Otalgia Si ____No __**X**_ Otorrea Si ____No __**X**__ Otorragia Si ____No __**X**__

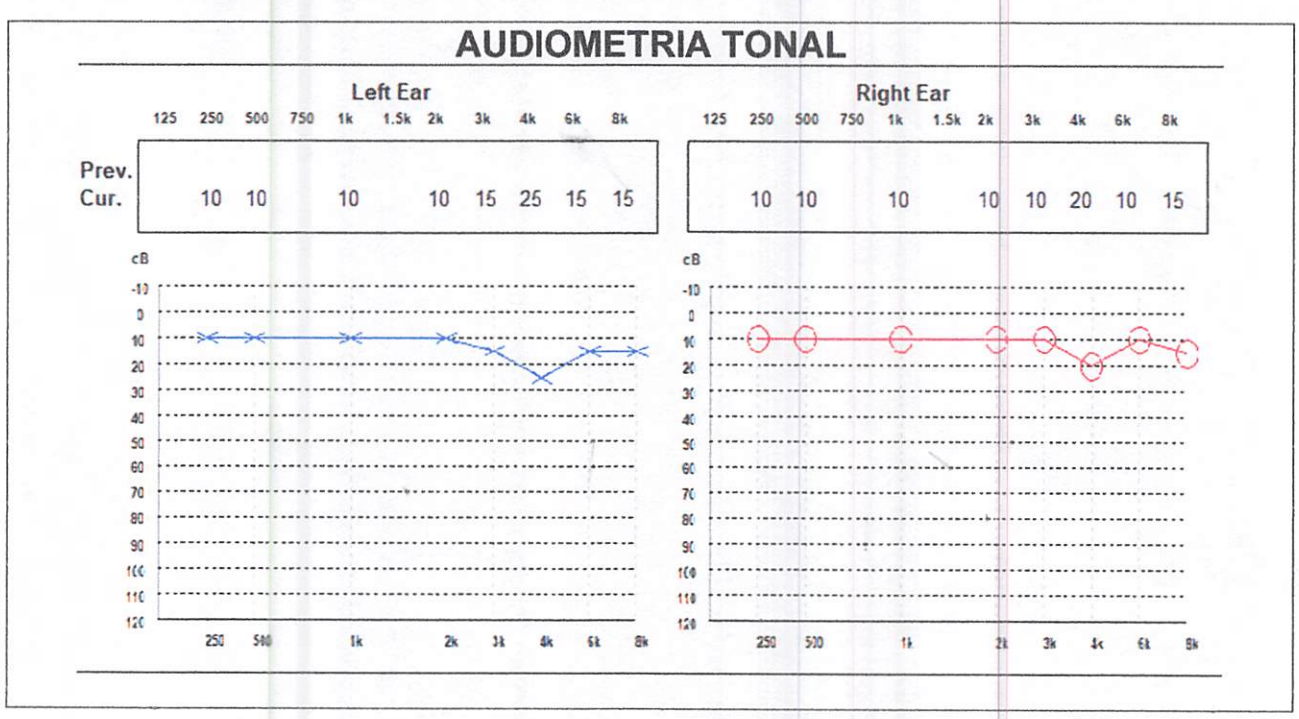
3.- OTOSCOPÍA:

- OIDO DERECHO

Conducto Auditivo Externo Normal ___ Tapón parcial de cerumen__**X**__ Tapón total de cerumen_____ Membrana Timpánica Normal__ Alterada ___

- OIDO IZQUIERDO

Conducto Auditivo Externo Normal ___ Tapón parcial de cerumen__**X**__ Tapón total de cerumen_____ Membrana Timpánica Normal__**X**__ Alterada ___



JOINER NIÑO VASQUEZ
FONOAUDIOLOGO ESPECIALISTA EN AUDIOLOGIA

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO.

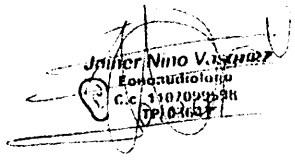
Sensibilidad auditiva normal bilateral.

RECOMENDACIONES.

Se sugiere control auditivo anual.

Limpieza auditiva bilateral

FIRMA



LUZ PIEDAD JARAMILLO P.
Fonoaudióloga – U. Católica de Manizales
Reg. 30001
Especialista Salud Ocupacional – U. Libre de Cali
Lic. 0219 Feb 2012

UNIDAD DE SALUD LOS SAUCES

CARRERA 35 No 24 – 56
PBX 225 2225
Tuluá - Valle

NOMBRE: **FRANCISCO ADRIAN OSSA SÁNCHEZ** DOCUMENTO: C.C. **6.446.476**

EMPRESA: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA** EDAD: **39 AÑOS**

FECHA: **FEBRERO 5/2024**

1. Que es la Voz?
2. Que factores perjudican la voz?
3. Que Medidas preventivas usa para cuidar la voz?

	SI	NO	OBSERVACIONES
*Evidencia tos cuando hace uso de su voz?		X	
*Presenta tipo de deficiencia auditiva?		X	
*Sufre algún tipo de alergia?		X	
*Ha presentado episodios de disfonia alguna vez, y por cuanto tiempo		X	
*Ha presentado incapacidades o ausencias laborales por causa de disfonia? Cuantas veces y hace cuanto?		X	

VOZ	SI	NO	OBSERVACIONES
*Utiliza su voz en casa con la misma frecuencia que en su trabajo?		X	
*Realiza otro tipo de actividades vocales?		X	
*Ha realizado estudios de técnica vocal?		X	
*Sufre de strees?		X	
*Ha notado cambios en su voz? Desde cuando?		X	
*Si su respuesta anterior es afirmativa, en que momento se dan esos cambios?		—	
*Utiliza agua o algún líquido para hidratarse mientras trabaja? Con que frecuencia lo hace?		X	
*Realiza pausas o descanso cuando hace uso prolongado de su voz?		X	
*Carraspea cuando siente resequedad en la garganta?		X	
*Realiza algún tipo de ejercicio para cuidar su voz?		X	
*Evidencia tos cuando hace uso de su voz?		X	
*Grita cuando siente que no le prestan atención?	X		A veces.
*Trata de llevar su intensidad de voz más alta que el ruido alrededor?		X	
*Consume bebidas alcohólicas, con qué frecuencia?		X	
*Fuma, con qué frecuencia?		X	

TAMIZAJE DEL COMPORTAMIENTO VOCAL

RESPIRACIÓN

TIPO		MODO			COORDINACIÓN FONORESPIRATORIA
CLAVICULAR	En reposo		En fonación		Tiempo máximo fonación /s/ 12 seg.
COSTAL SUPERIOR	Oral	X	Oral		
DIAFRAGMÁTICA	Nasal		Nasal		
COSTO-DIAFRAGMÁTICA	Mixto	X	Mixto		

OBSERVACIONES:

FONACIÓN

Producción sostenida de /a/

INSTRUCCIÓN: Se solicita que produzca en una sola emisión sostenida, la vocal /a/

TONO	Agudo		Grave	X	Fluctuante	
INTENSIDAD	Conversacional	X	Proyectada		Confidencial	
TIMBRE	Ronco		Aspirado		Estrangulado	

Tiempo máximo de fonación:
Competencia Glótica: a. 8 seg i. 6 seg e. 6 seg u. 7 seg.

ATAQUE GLÓTICO	Presente	Ausente
		X

OBSERVACIONES:
- Tiempo retención 15 seg.

RESONANCIA:

Prueba de Glatzel

Se solicita a la persona que ocluya una fosa nasal y que produzca el fonema /a/ mientras se toma una muestra de la vía respiratoria nasal con el espejo de glatzel, por 20 segundos, haciendo el ejercicio por cada fosa nasal.

	FOSA NASAL DERECHA	FOSA NASAL IZQUIERDA
PERMEABILIDAD		
SIMETRIA		
ASIMETRIA		

OBSERVACIONES:
IDx: Producción de voz, cualidades y tipo-modo respiratorio en fonación, Normales.

Luz Piedad Jaramillo P.
FONOAUDIÓLOGA - U. CATÓLICA
ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL
T.P. 130 - 720:2012

LUZ PIEDAD JARAMILLO P.
Fonoaudióloga – U. Católica de Manizales
Especialista Salud Ocupacional – U. Libre de Cali
LIC 0219 FEB 2012

FIRMA PACIENTE
Documento: 6446470